

# Un indicador sencillo y objetivo

A mediados del siglo XIX, un estadístico hizo observar que, en los individuos de constitución normal, la relación entre peso y talla al cuadrado es constante. En realidad, la simplicidad de este índice de masa corporal constituye actualmente un instrumento ampliamente utilizado tanto en clínica como en salud pública.

**Francis Delpuch,**  
IRD Montpellier, centro  
colaborador de la OMS  
para la malnutrición.

Hoy, para la medida de las condiciones nutricionales de una población, suelen utilizarse datos antropométricos, como el peso o la talla de los individuos. La simplicidad y la objetividad de las medidas, así como la relativa precocidad de las variaciones respecto a los signos clínicos de malnutrición, constituyen otros tantos argumentos en favor de la utilización de estos índices. En los adultos, el índice de masa corporal (IMC), que es la relación entre peso ( $P$  en kg) y la talla al cuadrado ( $T^2$  en  $m^2$ ), es actualmente objeto de consenso en la comunidad internacional. Se llama también índice de corpulencia o índice de Quételet, por el nombre del estadístico y sociólogo belga que, a mediados del siglo XIX, observó que esta relación  $P/T^2$  era constante en los individuos de constitución normal.

A lo largo del siglo XX, el índice de Quételet ha sido ampliamente utilizado para estudiar las proporciones y la composición corporal. Pero sólo a partir de los años 1980 se propuso su empleo en la medición del grado de obesidad. Según la clasificación aceptada a nivel internacional en 1998, el sobrepeso está definido por un IMC  $> 25,0$   $kg/m^2$ , y la obesidad por un IMC  $> 30,0$   $kg/m^2$ , con una gradación que comprende tres categorías (véase tabla). Estas definiciones se aplican a los dos sexos y a todas las edades, hasta los 65 años. Más adelante, y para grupos especiales como el de los atletas muy entrenados, estos umbrales no son de utilización.

Los umbrales considerados se basan esencialmente en la mortalidad asociada al aumento del IMC. Por este motivo, se emplean umbrales idénticos para hombres y mujeres, ya que la mortalidad relativa asociada a la obesidad es equivalente en ambos sexos. Sin embargo, conviene recordar que, desde un punto de vista rigurosamente clínico, la obesidad se define como un exceso de grasas corporales almacenadas en los tejidos adiposos en forma de triglicéridos, causante de alteraciones de la salud. Por tanto, normalmente debería medirse según la proporción de grasa que presenta la composición corporal. Tanto en práctica clínica como en salud pública, se emplea el IMC porque no se dispone de ningún método estándar sencillo para medir la masa lipídica. No obstante, a nivel de las poblaciones, existe una buena correlación entre el IMC y el porcentaje de grasa corporal. En todo el mundo, únicamente algunas poblaciones de proporciones cor-



**Algunos estudios han demostrado que las personas obesas, cuando son interrogadas para estudios estadísticos, tienen tendencia a subestimar su peso.** (Foto Sipa Press.)

porales desusadas necesitan correcciones. Para evaluar la adiposidad abdominal, el IMC puede completarse con la medida del contorno de cintura y/o el cálculo de la relación contorno de cintura/contorno de caderas. Un exceso en esta relación se asocia al aumento de la mortalidad cardio-vascular.

Desde un punto de vista estrictamente clínico, la obesidad debería medirse según la proporción de grasa que presenta la composición corporal

Fonds Documentaire IRD  
Cote: Bx 26 232 Ex: 1  
010026232

**La Organización Mundial de la Salud considera que el aumento de peso es un fenómeno mundial, con índices alarmantes**

A principios de los años 1990, el IMC también se propuso para estimar la delgadez y el riesgo de la falta crónica de energía en el adulto. Se ha aceptado una clasificación en tres umbrales: 18,5 - 17,0 - 16,0. Así, se considera que el IMC es normal cuando se sitúa entre 18,5 y 25.

Con el IMC, se dispone de un índice único y de una clasificación continua para estimar el equilibrio energético en los adultos. Es evidente el interés de disponer de un índice y una clasificación sencillos, utilizables tanto en clínica como en los estudios de poblaciones, y aceptado no sólo por las profesiones sanitarias, sino también por el público. En el campo de la salud pública, las aplicaciones son múltiples: apreciar, en combinación con otras variables biológicas, la amplitud y el nivel de subnutrición y de sobrenutrición en una población determinada; comparar poblaciones; identificar grupos concretos, definidos según criterios geográficos o socioeconómicos, de más riesgo que la población general; establecer tendencias sobre el estado nutricional de una población, incluidas las tendencias seculares, a través de estudios regularmente repetidos; determinar prioridades para intervenciones y acciones preventivas; evaluar estas intervenciones.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS ADULTOS SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Clasificación*	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Delgadez grado 3	< 16,0
Delgadez grado 2	16,0-16,9
Delgadez grado 1	17,0-18,4
Delgadez	< 18,5
Límites normales	18,5-24,9
Sobrepeso	≥ 25,0
Preobesidad	25,0-29,9
Obesidad clase 1	30,0-34,9
Obesidad clase 2	35,0-39,9
Obesidad clase 3	≥ 40,0

\*OMS (1995) para la delgadez;  
OMS (1998) para la obesidad.

Actualmente, muy pocos países disponen de datos de IMC nacionalmente representativos. En Francia, aparte del trabajo presentado en las páginas anteriores, cuatro estudios de ámbito nacional, realizados entre 1991 y 1997, permiten estimar la prevalencia de la obesidad en el 6% al 10% aproximadamente. Sin embargo, dos de estos estudios se han elaborado en base a datos de peso y talla autofacilitados, que, según se sabe, contienen subestimaciones de la obesidad, por lo que pueden plantear problemas de fiabilidad. Los otros dos estudios se han realizado en voluntarios del ensayo de suplementación

SUVIMAX y con personas que asisten a centros de control sanitario. Las comparaciones también han sido difíciles debido a que los grupos de edad elegidos son diferentes y pueden influir en las prevalencias de obesidad obtenidas. El estudio MONICA, efectuado con tres muestras locales (Bajo Rin, Alto Garona, Lille) y en la franja de edad de 35 a 64 años, dio, en 1996, prevalencias de la obesidad más elevadas: del 13% al 23% en los hombres y del 10% al 22% en las mujeres. En Estados Unidos, el último estudio revela que el 25% de los hombres y el 30% de las mujeres son obesos. Ciertas regiones del planeta,



**Algunas poblaciones de proporciones corporales desusadas necesitan correcciones.** (Firo-foto.)

como las islas del Pacífico y el Oriente Medio tienen prevalencias de obesidad que pueden sobrepasar las de los países industrializados.

Los datos de los países en vías de desarrollo son muy parcelarios, pero sugieren que la obesidad afecta entre el 5% y el 10% de los adultos en América Latina y Caribe, entre el 1% y el 15% en Asia, y a menos del 5% en África subsahariana. La obesidad está más extendida entre las mujeres y en los medios urbanos. En estas regiones, coexiste con la subnutrición, y las prevalencias de delgadez varían entre el 5% y el 60% según países, mientras que en el mundo industrializado la delgadez afecta, en general, a menos del 5% de los adultos.

Los datos que permiten establecer tendencias son todavía más escasos, pero la Organización Mundial de la Salud considera que el aumento de la obesidad es actualmente un fenómeno mundial con índices alarmantes tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo.

F. D. ■